



## **Instrucciones Para Pedir Reembolso de Desarrollo Laboral Para Proveedores de la Programa de Servicio de Apoyo En Casa**

La autoridad pública anima a los proveedores a que participen en tomar clases o cursos para aprender nuevas habilidades, aumentar las oportunidades de empleo en el campo de la salud y mejorar la calidad de cuidados que brindamos a nuestros clientes. Pagamos hasta **\$300.00** dólares al año por cada uno de nuestros proveedores para que tomen clases que les ayude a mejorar la calidad de su trabajo. Para que la clase sea aprobada, el proveedor debe comenzar y completar satisfactoriamente el curso y al mismo tiempo estar empleado por un cliente del programa de cuidados en casa del condado de San Mateo o ser parte del registro. El curso/programa debe ser tomado durante sus horas avilés o sea que no estén trabajando.

### **Para aplicar para este beneficio, siga las instrucciones abajo**

1. Seleccione un curso/programa relacionado a su actuales, probables o futuras asignaciones de trabajo que puedan mejorar la calidad de su trabajo.
2. Complete una solicitud para **Reembolso Por Desarrollo Laboral**.
3. **Adjunte la descripción del curso exacto como esta en el catálogo o folleto.**
4. Envíe por correo, correo electrónico o entregar en persona la forma llenada y descripción del curso a La Autoridad Pública por lo menos **30** días antes de la fecha que comience su curso/programa (favor de ver los contactos en la porción de abajo).
5. Una vez que su solicitud sea aprobada, La Autoridad Pública le enviara a usted una copia del formulario para reembolso por desarrollo laboral especificando que el curso está aprobado. Por favor recuerde que el reembolso cubre solo el costo del curso y libros. Otros gastos tales como cuotas de organización y estacionamiento no son reembolsados.
6. Usted tiene 30 días para enviarnos los siguientes documentos después de completar el curso:
  - a. Una copia del reporte de calificaciones de la escuela u otra evidencia que haya completado satisfactoriamente el curso (grado de letra "C" o mejor, o "aprobado/crédito")
  - b. Una copia del recibo de pago del curso
  - c. Una copia del formulario para reembolso por desarrollo laboral aprobada.
7. Una vez que hayan recibido todos los documentos, se le enviara el cheque de reembolso.

**Envíe la aplicación por correo a:**  
**San Mateo County**  
**Public Authority**  
**225 37<sup>th</sup> Avenue**  
**San Mateo, CA 94403**

**Solicitudes enviadas por correo electrónico a:**  
**Stacy Goldsby: [sgoldsby@smcgov.org](mailto:sgoldsby@smcgov.org)**

**AUTORIDAD PÚBLICA DE IHSS**  
**SOLICITUD PARA REEMBOLSO POR DESARROLLO LABORAL**

Fecha \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROVEEDOR** \_\_\_\_\_

Número de Proveedor de IHSS  Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**TÍTULO DEL CURSO PROPUESTO** \_\_\_\_\_

Nombre de Universidad o Escuela \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Fecha de conclusión \_\_\_\_\_

Duración del Curso \_\_\_\_\_ Costo del Curso \_\_\_\_\_  
(numero de horas)

Es este un Programa de Grado/Certificado?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Tipo de Programa**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adultos/Educación comunitaria                | <input type="checkbox"/> Asociado de Artes (AA)  |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Asistente Certificada (CAN)        | <input type="checkbox"/> Bachiller en Artes (BA) |
| <input type="checkbox"/> Ayudante de Salud en Casa Certificada (CHAA) | <input type="checkbox"/> Otro _____              |
|   | -  |

**CONTENIDO DEL CURSO**

Describa como este curso le ayudara en su presente o futuro trabajo como proveedor de cuidado en casa. **Por favor adjunte la descripción del curso exacto como esta en el catálogo o folleto.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ACCIÓN AUTORIDAD PUBLICA**

Curso Aprobado       Desaprobado/Razón \_\_\_\_\_

Monto Aprobado \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Supervisor del Programa

\_\_\_\_\_  
Fecha